

FAX 送信先 029-353-7246

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日 平成31年 月 日

平成31年度サービス提供責任者研修 申込書

ふり 氏 名		性 別	男 女	生年月日	和暦 年 月 日( 才)
連絡先住所	〒				
電 話	※研修日当日にご連絡がつく番号 *自 宅 _____ FAX _____ *携 帯 _____				
勤務先名					
勤務先住所	〒 TEL FAX				
サービス提供責任者としての実務経験	何れかに○をお願いします ( ある ・ なし ) 「ある」と答えられた方 ⇒ 経験年数(約 年 ヶ月)				
介護福祉士登録番号	第 一 号				
介護福祉士登録年月日	平成 年 月 日				

該当するいずれかに○をつけてください。

A. 会員 30,000円

会員番号 080-

B. 会員外 41,000円

- ①入会を希望する  
②入会を希望しない

C. 下記日程の講座を受講します。(◎修了証は授与されません。)

(1)講座受講料 6,800円 テキスト代別途)

6/ 9(日) 7/ 7(日)

9/15(日) 10/13(日)

11/10(日) 12/ 7(土)

※希望日程へ○印をつけてください。

\*ご記入いただきました個人情報は、本研修以外では使用いたしません。